

## **BAB 2**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **2.1 Konsep Dasar Pengetahuan**

##### **2.1.1 Pengertian**

Pengetahuan adalah merupakan hasil “Tahu” dan ini terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap suatu obyek tertentu. Penginderaan terjadi melalui panca indra manusia yakni: indra penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa, dan raba. Sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh melalui mata dan telinga. Pengetahuan atau kognitif terbentuknya tindakan seseorang (*over behavior*) (Notoatmodjo, 2003).

Pengetahuan adalah hasil tahu dari manusia yang sekedar menjawab pertanyaan “apa”. Apabila pengetahuan mempunyai sasaran tertentu, mempunyai metode atau pendekatan untuk mengkaji obyek tertentu sehingga memperoleh hasil yang dapat disusun secara sistematis dan diakui secara umum, maka terbentuklah disiplin ilmu. (Notoatmojo, 2007). Pengetahuan adalah merupakan hasil mengingat suatu hal, termasuk mengingat kembali kejadian yang pernah dialami baik secara sengaja maupun tidak sengaja dan ini terjadi setelah orang melakukan kontak atau pengamatan terhadap suatu obyek tertentu (Mubarak, dkk, 2007).

Pengetahuan adalah merupakan hasil dari tahu, dan ini terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap suatu obyek tertentu. Penginderaan

terjadi melalui panca indera manusia, yakni indera penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa, dan raba. Sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh melalui mata dan telinga (Notoatmodjo, 2014).

### 2.1.2 Tingkat Pengetahuan

Pengetahuan yang mencakup dalam domain kognitif mempunyai 6 tingkatan (Notoatmodjo, 2014).

#### 1. Tahu (*know*)

Tahu artinya sebagai mengingat suatu materi yang telah dipelajari sebelumnya. Termasuk di dalam pengetahuan ini adalah mengingat kembali (*recall*) terhadap sesuatu yang spesifik dari seluruh badan yang dipelajari atau rangsangan yang diterima. Oleh sebab itu, “tahu” ini adalah merupakan tingkat pengetahuan yang paling rendah. Kata kerja untuk mengukur bahwa orang tahu tentang apa yang dipelajari antara lain menyebutkan, menguraikan, mendefinisikan dan sebagainya.

#### 2. Memahami (*Comprehension*)

Memahami diartikan sebagai suatu kemauan menjelaskan secara benar tentang obyek yang diketahui dan dapat menginterpretasikan materi secara benar. Orang yang lebih paham terhadap obyek atau materi harus dapat menjelaskan, menyebutkan contoh, meramalkan, menyimpulkan, dan sebagainya terhadap obyek yang dipelajari.

### 3. Aplikasi (*Aplication*)

Aplikasi diartikan sebagai suatu kemampuan menggunakan materi yang telah dipelajari pada situasi atau kondisi riil (sebenarnya). Aplikasi di sini dapat diartikan aplikasi atau penggunaan hukum-hukum, rumusan, metode, prinsip, dan sebagainya dalam konteks atau situasi yang lain.

### 4. Analisa (*Analysis*)

Analisis adalah suatu kemampuan untuk menjabarkan materi atau suatu obyek dalam komponen-komponen, tetapi masih di dalam suatu struktur organisasi tersebut, dan masih ada kaitannya satu sma lain. Kemampuan analisis ini dapat dilihat dari penggunaan tatanan kerja. Dapat menggambarkan (membuat bagan), membedakan, memisahkan, mengelompokkan.

### 5. Sintesis (*Syntetis*)

Sintesis menunjukkan kepada suatu kemampuan untuk meletakkan atau menghubungkan bagian-bagian di dalam suatu kemampuan untuk menyusun formulasi baru dari informasi-informasi yang ada. Misalnya, menyusun, merencanakan, menghasilkan, menyesuaikan, terhadap suatu teori atau rumusan yang telah ada.

### 6. Evaluasi

Evaluasi ini berkaitan dengan kemampuan untuk melakukan justifikasi atau penelitian terhadap suatu materi atau obyek. Penelitian-penelitian itu berdasarkan suatu kriteria-kriteria yang telah ada.

### 2.1.3 Faktor–Faktor yang Mempengaruhi Pengetahuan

Menurut (Notoadmodjo, 2003) Pengetahuan dipengaruhi oleh beberapa faktor internal dan eksternal.

#### 1. Faktor internal meliputi:

##### a. Pendidikan

Pendidikan adalah suatu proses belajar yang berarti terjadi proses pertumbuhan, perkembangan atau perubahan kearah yang lebih dewasa, lebih baik dan lebih matang pada diri individu, kelompok atau masyarakat. Beberapa hasil penelitian mengenai pengaruh pendidikan terhadap perkembangan pribadi, bahwa pada umumnya pendidikan itu mempertinggi taraf intelegensi individu.

##### b. Persepsi

Persepsi adalah pengalaman yang dihasilkan melalui indera penglihatan, pendengaran, penciuman, dan sebagainya, setiap orang mempunyai persepsi yang berbeda, meskipun objeknya sama.

##### c. Motivasi

Motivasi diartikan sebagai dorongan untuk bertindak dan mencapai suatu tujuan tertentu. Hasil dari dorongan dan gerakan ini diwujudkan dalam bentuk perilaku. Dalam mencapai tujuan dan munculnya motivasi memerlukan rangsangan dari dalam individu maupundari luar. Motivasi murni adalah motivasi yang betul-betul disadari akan pentingnya suatu perilaku dan dirasakan suatu kebutuhan.



#### d. Pengalaman

Pengalaman adalah sesuatu yang dirasakan (diketahui, dikerjakan), juga merupakan kesadaran akan suatu hal yang tertangkap oleh indera manusia. Pengetahuan yang diperoleh dari pengalaman berdasarkan kenyataan yang pasti dan pengalaman yang berulang-ulang dapat menyebabkan terbentuknya pengetahuan. Pengalaman masa lalu dan aspirasinya untuk masa yang akan datang menentukan perilaku masa kini.

#### 2. Faktor eksternal meliputi:

##### a. lingkungan

Lingkungan sebagai faktor yang terpengaruh bagi pengembangan sifat dan perilaku individu.

##### b. Sosial ekonomi

Penghasilan sering dilihat untuk menilai suatu hubungan antara tingkat penghasilan dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan.

##### c. Kebudayaan

Kebudayaan adalah perilaku normal, kebiasaan, nilai, dan penggunaan sumber-sumber di dalam suatu masyarakat akan menghasilkan suatu pola hidup.

#### d. Informasi

Informasi adalah penerangan, keterangan, pemberitahuan yang dapat menimbulkan kesadaran dan mempengaruhi perilaku.

#### 2.1.4 Sumber Pengetahuan Masyarakat

##### 1. Tradisi

Tradisi adalah suatu dasar pengetahuan dimana setiap orang tidak dianjurkan untuk memulai mencoba memecahkan masalah. Akan tetapi tradisi adalah suatu dasar pengetahuan dimana setiap orang tidak dianjurkan untuk memulai mencoba memecahkan masalah. Akan tetapi tradisi mungkin terdapat kendala untuk kebutuhan manusia karena beberapa tradisi begitu melekat sehingga validitas, manfaat, dan kebenarannya tidak pernah dicoba diteliti. Disamping itu tradisi tidak cocok dengan keadaan masyarakat Indonesia yang menjunjung tinggi demokrasi.

##### 2. Autoritas

Dalam masyarakat yang semakin majemuk, adanya suatu otoritas seseorang dengan keahlian tertentu. Ketergantungan terhadap suatu otoritas tidak dapat dihindarkan karena kita tidak dapat secara otomatis menjadi seorang ahli dalam mengatasi setiap permasalahan yang dihadapi. Akan tetapi, seperti halnya tradisi, jika keahliannya tergantung dari pengalaman pribadi, sering pengetahuannya tidak teruji secara ilmiah.

##### 3. Pengalaman Seseorang

Kita semua memecahkan suatu permasalahan berdasarkan observasi dan pengalaman sebelumnya, dan ini merupakan pendekatan yang penting dan bermanfaat. Kemampuan untuk menyimpulkan, mengetahui aturan, dan membuat prediksi berdasarkan observasi adalah penting bagi pola penalaran

manusia. Akan tetapi, pengalaman individu tetap mempunyai keterbatasan pemahaman: pengalaman mempunyai:

- a. Setiap pengalaman seseorang mungkin terbatas untuk membuat kesimpulan yang valid tentang situasi.
- b. Pengalaman seseorang diwarnai dengan penilaian yang bersifat obyektif.

#### 4. *Trial dan Error*

Kadang-kadang kita memecahkan suatu permasalahan keberhasilan kita dalam menggunakan alternative pemecah melalui “coba dan salah”. Meskipun pendekatan ini untuk beberapa masalah lebih praktis, sering tidak efisien. Metode ini cenderung ke suatu risiko yang tinggi, penyelesaiannya untuk beberapa hal mungkin “*idiosyentric*” (pemikiran untuk kontak atau berhubungan)

#### 5. Alasan yang logis

Kita sering menyelesaikan suatu masalah berdasarkan proses pemikiran yang logis. Pemikiran ini merupakan komponen yang penting dalam pendekatan ilmiah, akan tetapi alasan yang rasional sangat terbatas karena validitas alasan deduktif tergantung dari informasi dimana seseorang memulai, dan alasan tersebut mungkin tidak efisien untuk mengevaluasi akurasi permasalahan.

#### 6. Metode Ilmiah

Pendekatan ilmiah adalah pendekatan yang paling tepat untuk mencari suatu kebenaran karena didasari pada pengetahuan yang terstruktur dan sistematis

serta didalam menyimpulkan dan menganalisa datanya didasarkan pada prinsip validitas dan reabilitas. Metode ini jika dikombinasi dengan pemikiran yang logis baik dengan pendekatan induktif maupun deduktif, sehingga akan mampu menciptakan suatu *system problem solving* yang lebih akurat dan tepat daripada tradisi, autoritas, pengalaman, trial dan error (Nursalam dan Pratiwi, 2003)

#### 2.1.5 Kriteria Pengetahuan

Kriteria pengetahuan menurut (Arikunto, 2008) pengukuran pengetahuan dapat dengan wawancara atau angket yang menanyakan tentang isi materi yang ingin di ukur dapat disesuaikan dengan tingkatan tersebut diatas, sedangkan diketahui atau diukur dapat disesuaikan dengan tingkatan tersebut diatas, sedangkan kualitas pengetahuan pada masing-masing tingkat pengetahuan dapat dilakukan dengan kriteria yaitu :

- a. Tingkat pengetahuan baik jika jawaban responden dari kuesioner yang benar 76%-100%.
- b. Tingkat pengetahuan cukup jika jawaban responden dari kuesioner yang benar 56%-75%.
- c. Tingkat pengetahuan kurang jika jawaban responden dari kuesioner yang benar  $\leq 55\%$ .



## 2.2 Konsep Perilaku

### 2.2.1 Pengertian Perilaku

Menurut Sarwono (2004) Perilaku manusia merupakan hasil daripada segala macam pengalaman serta interaksi manusia dengan lingkungannya yang terwujud dalam bentuk pengetahuan, sikap dan tindakan. Dengan kata lain, perilaku merupakan respon/reaksi seorang individu terhadap stimulus yang berasal dari luar maupun dari dalam dirinya. Respon ini dapat bersifat pasif (tanpa tindakan : berpikir, berpendapat, bersikap) maupun aktif (melakukan tindakan). Sesuai dengan batasan ini, perilaku kesehatan dapat di rumuskan sebagai bentuk pengalaman dan interaksi individu dengan lingkungannya, khususnya yang menyangkut pengetahuan dan sikap tentang kesehatan. Perilaku aktif dapat dilihat, sedangkan perilaku pasif tidak tampak, seperti pengetahuan, persepsi, atau motivasi. Beberapa ahli membedakan bentuk-bentuk perilaku ke dalam tiga domain yaitu pengetahuan, sikap, dan tindakan atau sering kita dengar dengan istilah *knowledge, attitude, practice*.

Menurut Gochman (1988) yang dikutip Lukluk (2008) Di Indonesia istilah perilaku kesehatan sudah lama dikenal dalam 15 tahun terakhir ini konsep di bidang perilaku yang berkaitan dengan kesehatan ini sedang berkembang dengan pesatnya, khususnya dibidang antropologi medis dan kesehatan masyarakat. Istilah ini dapat memberikan pengertian bahwa kita hanya berbicara mengenai perilaku yang secara sengaja dilakukan dalam kaitanya dengan kesehatan. Kenyataanya banyak sekali perilaku yang dapat

mempengaruhi kesehatan, bahkan seandainya seseorang tidak mengetahuinya, atau melakukannya dengan alasan yang sama sekali berbeda.

Menurut Gochman (1988) yang dikutip Lukluk (2008) perilaku dan gejala perilaku yang tampak pada kegiatan organisme tersebut dipengaruhi oleh faktor genetik (keturunan) dan lingkungan.

1. Genetik atau faktor keturunan merupakan konsepsi dasar atau modal untuk perkembangan perilaku makhluk hidup itu untuk selanjutnya.
2. Lingkungan adalah kondisi atau merupakan lahan untuk perkembangan perilaku tersebut.

Menurut ahli perilaku, *Skinner* (1979) dalam Notoatmodjo (2007) mengemukakan bahwa perilaku merupakan hasil hubungan antara perangsang (Stimulus) dan tanggapan (respon). Respon dibedakan menjadi yaitu :

1. Respondent Respon atau *reflexive response*, adalah respon yang ditimbulkan oleh rangsangan tertentu. Perangsangan semacam ini disebut electing stimuli karena respon-respon yang relatif tetap
2. *Operant* Respon atau *Instrumental Response*, adalah respon yang timbul dan berkembang diikuti oleh perangsangan tertentu. Perangsangan semacam ini disebut reinforcing stimuli atau reinforcer karena perangsangan tersebut memperkuat respon yang telah dilakukan oleh organisme.

Menurut Notoatmodjo (2003) Kenyataannya dalam kehidupan sehari-hari, *respondent responsive* atau *respondent behavior* sangat terbatas keberadaannya pada manusia karena hubungan yang pasti antara stimulus dan

respon kemungkinan untuk memodifikasinya adalah sangat kecil. Sebaliknya, *operant response* atau *instrumental behavior* merupakan bagian terbesar dari perilaku manusia dan kemungkinan untuk memodifikasi sangat besar, bahkan dapat dikatakan tidak terbatas.

## 2.2.2 Prosedur Pembentukan Perilaku

Menurut Notoatmodjo (2003) Demi terbentuknya jenis respon atau perilaku ini perlu diciptakan adanya suatu kondisi tertentu yang disebut *operant conditioning*. Prosedur pembentukan perilaku dalam *operant conditioning skinner* adalah:

1. Melakukan identifikasi tentang hal-hal yang merupakan penguat atau *reinforcer* berupa hadiah-hadiah atau *rewards* bagi perilaku yang akan dibentuk.
2. Melakukan analisis untuk mengidentifikasi komponen-komponen kecil yang membentuk perilaku yang dikehendaki. Kemudian komponen-komponen tersebut disusun dalam urutan yang tepat untuk menuju kepada terbentuknya perilaku yang dimaksud.
3. Dengan menggunakan secara urut komponen-komponen tersebut sebagai tujuan sementara untuk mengidentifikasi *reinforcer* atau hadiah untuk masing-masing komponen tersebut.
4. Melakukan pembentukan pribadi dengan menggunakan urutan komponen yang telah tersusun itu.

### 2.2.3 Bentuk Perilaku

Menurut Notoatmodjo (2003) secara lebih operasional, perilaku dapat diartikan suatu respon organisme terhadap rangsangan dari luar subyek tersebut. Respon ini dapat berbentuk dua macam:

1. Bentuk pasif adalah respon internal, yaitu terjadi di dalam diri individu dan tidak dapat langsung dilihat oleh orang lain, seperti berpikir, tanggapan atau sikap batin dan pengetahuan. Perilakunya sendiri masih terselubung yang disebut *covert behavior*.
2. Bentuk aktif adalah apabila itu jelas dapat di observasi secara langsung. Perilaku di sini sudah tampak dalam bentuk tindakan nyata yang disebut *over behavior*.

### 2.2.4 Perilaku Kesehatan

Menurut Notoatmodjo (2003) perilaku kesehatan adalah suatu respons seseorang (Organisme) terhadap stimulus yang berkaitan dengan sakit dan penyakit, sistem pelayanan kesehatan, makanan serta lingkungan. Secara lebih rinci, perilaku kesehatan tersebut mencakup :

1. Perilaku seseorang terhadap sakit dan penyakit yaitu bagaimana manusia merespon baik secara pasif (mengetahui, bersikap dan mempersepsikan penyakit dan rasa sakit yang ada pada dirinya dan di luar dirinya, maupun aktif (tindakan) yang dilakukan sehubungan dengan penyakit dan sakit tersebut. Perilaku terhadap sakit dan penyakit ini dengan sendirinya sesuai dengan tingkat-tingkat pencegahan penyakit. yaitu:



- a. Perilaku sehubungan dengan peningkatan dan pemeliharaan kesehatan (*health promotion behavior*).
  - b. Perilaku pencegahan penyakit (*health prevention behavior*) adalah respon untuk melakukan pencegahan penyakit.
  - c. Perilaku pencegahan dengan pencarian pengobatan (*health seeking behavior*) yaitu perilaku untuk melakukan atau mencari pengobatan.
  - d. Perilaku sehubungan dengan pemulihan kesehatan (*health rehabilitation behavior*) yaitu perilaku yang berhubungan dengan usaha-usaha pemulihan kesehatan setelah sembuh dari suatu penyakit.
2. Perilaku terhadap sistem pelayanan kesehatan, adalah respon seseorang terhadap sistem pelayanan kesehatan baik secara pelayanan kesehatan modern atau tradisional.
  3. Perilaku terhadap makanan (*nutrition behavior*) yakni respon seseorang terhadap makanan sebagai kebutuhan vital bagi kehidupan
  4. Perilaku terhadap lingkungan kesehatan (*environmental health behavior*) adalah respon terhadap lingkungan sesuai determinan kesehatan manusia.

Menurut Notoatmodjo (2003) proses pembentukan dan atau perubahan. perilaku dipengaruhi oleh beberapa faktor yang berasal dari dalam dan dari luar individu itu sendiri. Faktor-faktor tersebut antara lain: susunan saraf pusat, persepsi, motivasi, emosi, proses belajar, dan lingkungan. Menurut Notoatmodjo (2003) faktor-faktor yang mempengaruhi terbentuknya perilaku dibedakan menjadi dua, yakni faktor intern dan ekstern. Faktor intern

mencakup: pengetahuan, kecerdasan, persepsi, emosi, motivasi, dan sebagainya yang berfungsi untuk mengolah rangsangan dari luar. Sedangkan faktor ekstern meliputi lingkungan sekitar, baik fisik maupun non fisik seperti iklim, manusia, sosial ekonomi, kebudayaan dan sebagainya.

Becker (2001) mengajukan klasifikasi perilaku yang berhubungan dengan kesehatan (*health related behavior*) sebagai berikut:

1. Perilaku kesehatan (*health behavior*) yaitu hal-hal yang berkaitan dengan tindakan atau ketaatan seseorang dalam memelihara dan meningkatkan kesehatannya
2. Perilaku sakit (*illness behavior*) yakni segala tindakan atau kegiatan yang dilakukan oleh seseorang individu yang merasa sakit, untuk merasakan dan mengenal keadaan kesehatannya atau rasa sakit.
3. Perilaku peran sakit (*the sick role behavior*) yaitu segala tindakan atau kegiatan yang dilakukan oleh individu yang sedang sakit untuk memperoleh kesembuhan

Seorang ahli pendidikan Rogers (2000) penelitiannya mengungkapkan bahwa sebelum orang mengadopsi perilaku baru (berperilaku peran) di dalam diri orang tersebut terjadi proses yang berurutan yakni :

1. *Awareness* (kesadaran), di mana seseorang tersebut menyadari dalam arti mengetahui terlebih dahulu stimulus/obyek.
2. *Interest* (merasa tertarik) terhadap stimulus atau obyek tertentu.

3. *Evaluation* (menimbang-nimbang) terhadap baik dan tidaknya stimulus tersebut.
4. *Trial*, subyek mulai mencoba melakukan sesuatu dengan apa yang dikehendaki oleh stimulus.
5. *Adaptation*, subyek telah berperilaku baru sesuai dengan pengetahuan, kesadaran, dan sikapnya terhadap stimulus (Notoatmodjo, 2003).

#### 2.2.5 Model atau Teori Perilaku

Menurut beberapa Iswara (2007) model atau teori perilaku dibedakan menjadi 7 yaitu:

##### 1. Model Kepercayaan Kesehatan (*health belief model*)

Model kepercayaan kesehatan (*Rosenstock, 1977*) sangat dekat dengan bidang pendidikan kesehatan. *Rosenstock* menganggap bahwa perilaku kesehatan merupakan fungsi dari pengetahuan maupun sikap. Secara khusus model ini menegaskan bahwa persepsi seseorang tentang kerentanan dan kemujaraban pengobatan dapat mempengaruhi keputusan seseorang dalam perilaku kesehatannya.

Menurut model kepercayaan kesehatan (*Becker, 2001*) perilaku ditentukan oleh apakah seseorang :

- a. Percaya bahwa mereka rentan terhadap masalah kesehatan tertentu
- b. Menganggap bahwa masalah ini serius
- c. Meyakini efektifitas tujuan pengobatan dan pencegahan
- d. Tidak mahal

e. Menerima anjuran untuk mengambil tindakan kesehatan.

## 2. Model Komunikasi atau Persuasi (*Communication or pertuation Model*)

Model komunikasi atau persuasi (Me Guire. 1964) menegaskan bahwa komunikasi dapat dipergunakan untuk mengubah sikap dan perilaku kesehatan yang secara langsung terkait dalam ranlai kausal yang sama. Efektitas upaya komunikasi yang diberikan bergantung pada berbagai input (Stimulus) serta output (tanggapan terhadap stimulus). Variabel input meliputi: sumber pesan, pesan itu sendiri, saluran penyampai, karakteristik penerima serta tujuan pesan-pesan tersebut. Variabel *output* merujuk pada perubahan dalam faktor kognitif tertentu, seperti pengetahuan, sikap, pembuat keputusan dan juga perilaku-perilaku yang dapat di observasi.

## 3. Teori Aksi Beralasan (*theory of reasoned action*)

Teori aksi beralasan (Fishbean dan Ajzen, 1975) menegaskan peran dari niat seseorang dalam menentukan apakah sebuah perilaku akan terjadi. Teori ini secara tidak langsung menyatakan bahwa perilaku pada umumnya mengikuti niat dan tidak akan pernah terjadi tanpa niat. Niat seseorang juga dipengaruhi oleh sikap terhadap suatu perilaku.

## 4. Model Transteoritik (*transtheoritical model*)

Model Transteoritik (model bertahap, *stages of change*), sesuai namanya, mencoba menerangkan serta mengukur perilaku kesehatan dengan tidak bergantung pada perangkat teoritik tertentu. Model transteori sejalan dengan teori-teori rasional atau teori pembuatan keputusan dan teori ekonomi yang



lain, terutama dalam mendasarkan diri pada proses kognitif untuk menjelaskan perubahan perilaku.

##### 5. *Precede or Proceed Model*

Green dan rekan-rekannya mengembangkan *precede or proceed* model, dan sekarang terkenal untuk merencanakan program-program pendidikan kesehatan (Green dan Kreuter, 1991) meskipun model ini mendasarkan diri pada model kepercayaan kesehatan dan sistem konseptual lain, namun model *precede* merupakan model "Sejati" yang lebih mengarah pada upaya pragmatik mengubah perilaku kesehatan dari sekedar upaya pengembangan teori. Green menganalisis kebutuhan kesehatan komunitas dengan cara menetapkan 5 diagnosis yang berbeda yaitu diagnosis sosial, diagnosis epidemiologi, diagnosis perilaku, diagnosis pendidikan dan diagnosis administrasi atau kebijakan.

##### 6. Difusi Inovasi

Model Difusi inovasi (Rogers, 1973) menegaskan peran agen perubahan dalam lingkungan sosial. Oleh karena itu mengambil fokus yang akan terpisah dari individu sasaran utama.

##### 7. Teori Pemahaman Sosial (*social learning theory*)

Teori pemahaman sosial menekankan pada hubungan segitiga antara orang (menyangkut proses kognitif), perilaku dan lingkungan dalam suatu proses deterministik (kausalitas resiprokal). Teori pemahaman sosial menjembatani

jurang pemisah antara model kognitif atau model yang berorientasi pada pembuatan keputusan rasional dengan teori-teori lain di atas.

### **2.2.6 Bentuk-Bentuk Perilaku**

Bentuk perubahan perilaku sangat bervariasi sesuai dengan konsep yang digunakan para ahli, dalam pemahamannya terhadap perilaku. Menurut Sunaryo (2004) Perubahan perilaku dikelompokkan menjadi 3 jenis yakni:

1. Perubahan alamiah (*natural change*)
2. Perubahan Rencana (*planned change*)
3. Kesiediaan untuk berubah (*readiness to change*).

### **2.2.7 Faktor-faktor yang mempengaruhi perilaku**

Menurut Sunaryo (2004) faktor yang mempengaruhi perilaku dibedakan menjadi 2 yaitu faktor genetik atau faktor endogen dan faktor eksogen atau faktor dari luar individu. Faktor genetik atau faktor endogen perilaku dipengaruhi oleh: jenis ras, jenis kelamin, sifat fisik, sifat kepribadian, akat pembawaan, dan intelegensi. Faktor eksogen atau faktor dari luar individu yang mempengaruhi perilaku antara lain: faktor lingkungan, pendidikan, agama, sosial ekonomi, kebudayaan, dan faktor lain (susunan saraf pusat, persepsi, dan emosi).

### **2.2.8 Domain Perilaku**

Menurut Bloom, seperti dikutip Notoatmodjo (2010), membagi perilaku dalam 3 domain (ranah/kawasan), yang terdiri dari kognitif (*kognitif*), afektif (*affective*), dan psikomotor (*psicomotor*). Dalam perkembangan

selanjutnya oleh para ahli pendidikan dan untuk kepentingan pengukuran hasil, ketiga domain itu diukur dari:

1. *Cognitive domain* diukur dari pengetahuan (*knowledge*)

Pengetahuan adalah hasil penginderaan manusia, atau hasil tahu seseorang terhadap obyek melalui indera yang dimilikinya (mata, hidung, telinga, dan sebagainya). Dengan sendirinya pada waktu penginderaan sehingga menghasilkan pengetahuan tersebut sangat dipengaruhi oleh intensitas perhatian dan persepsi terhadap obyek. Sebagian besar pengetahuan seseorang diperoleh melalui indra pendengaran (telinga) dan indra penglihatan (mata).

Pengetahuan seseorang terhadap obyek mempunyai intensitas atau tingkat yang berbeda. Secara garis besarnya dibagi dalam 6 tingkat pengetahuan, yakni:

- a. Tahu (*know*): tahu diartikan hanya sebagai *recall* (memanggil) memori yang telah ada sebelumnya setelah mengamati sesuatu.
- b. Memahami (*comprehension*): memahami suatu obyek bukan sekedar tahu terhadap obyek tersebut, tidak sekedar dapat menyebutkan, tetapi orang tersebut harus dapat menginterpretasikan secara benar tentang obyek yang diketahui tersebut.
- c. Aplikasi (*application*): aplikasi diartikan apabila orang-orang yang telah memahami objek yang dimaksud dapat menggunakan atau mengaplikasikan prinsip yang diketahui tersebut pada situasi yang lain.

- d. Analisis (*analysis*): kemampuan seseorang untuk menjabarkan dan atau memisahkan, kemudian mencari hubungan antara komponen yang terdapat dalam suatu masalah atau obyek yang diketahui. Indikasi bahwa pengetahuan seseorang itu sudah sampai pada tingkat analisis adalah apabila telah dapat membedakan atau memisahkan, mengelompokkan, membuat diagram terhadap pengetahuan atau obyek tersebut.
- e. Sintesis (*synthesis*): suatu kemampuan seseorang untuk merangkum atau meletakkan dalam satu hubungan yang logis dari komponen pengetahuan yang dimiliki. Dengan kata lain sintesis adalah suatu kemampuan untuk menyusun formulasi baru dari formulasi yang telah ada.
- f. Evaluasi (*evaluation*): berkaitan dengan kemampuan seseorang untuk melakukan justifikasi atau penilaian terhadap suatu obyek tertentu. Penilaian ini dengan sendirinya didasarkan pada suatu kriteria yang ditentukan sendiri atau norma yang berlaku di masyarakat.

2. *Affective domain* diukur dari sikap (*attitude*)

Sikap merupakan suatu sindrom atau kumpulan gejala dalam merespon stimulus atau obyek. Sehingga sikap melibatkan pikiran, perasaan dan perhatian serta gejala kejiwaan yang lain.

Allport (1954) menjelaskan bahwa sikap mempunyai tiga komponen pokok:

- a. Kepercayaan (keyakinan), ide, konsep terhadap suatu obyek, artinya bagaimana keyakinan, pendapat atau pemikiran seseorang terhadap objek.



- b. Kehidupan emosional atau evaluasi terhadap suatu obyek, artinya bagaimana penilaian (terkandung di dalamnya faktor emosi) orang tersebut terhadap obyek.
- c. Kecenderungan untuk bertindak (*tend to behave*), artinya sikap adalah merupakan komponen yang mendahului tindakan atau perilaku terbuka. Sikap adalah merupakan rencana untuk bertindak atau berperilaku terbuka (tindakan).

Ketiga komponen tersebut diatas secara bersama-sama membentuk sikap yang utuh (*total attitude*). Sikap juga mempunyai tingkat berdasarkan intensitasnya, yakni:

- a. Menerima (*receiving*): menerima diartikan bahwa orang atau obyek mau menerima stimulus yang diberikan (obyek).
- b. Menanggapi (*responding*): memberikan jawaban atau tanggapan terhadap pertanyaan atau obyek yang dihadapi.
- c. Menghargai (*valuing*): subjek atau seseorang memberikan nilai yang positif terhadap obyek atau stimulus, dalam arti membahasnya dengan orang lain, bahkan mengajak atau mempengaruhi atau menganjurkan orang lain merespon.
- d. Bertanggung jawab (*responsible*): sikap yang paling tinggi tingkatannya adalah bertanggung jawab terhadap apa yang telah diyakininya. Seseorang yang telah mengambil sikap tertentu berdasarkan keyakinannya, dia harus berani mengambil risiko bila orang lain yang

mencemoohkan atau adanya risiko lain.

3. *Psycomotor domain*, diukur dari praktik atau tindakan (*practice*)

Sikap adalah kecenderungan untuk bertindak (praktik). Sikap belum tentu terwujud dalam tindakan, sebab untuk terwujudnya tindakan perlu faktor lain antara lain adanya fasilitas atau sarana dan prasarana. Praktik ini mempunyai 3 tingkatan menurut kualitasnya, yakni:

- a. Praktik terpimpin (*guided response*): Apabila subyek atau seseorang telah menakukan sesuatu tetapi masih tergantung pada tuntutan atau menggunakan pandangan.
- b. Praktik secara mekanisme (*mechanisme*): apabila subyek atau seseorang telah melakukan atau mempraktikkan sesuatu hal secara otomatis maka disebut praktik atau tindakan mekanisme.
- c. Adopsi (*adoption*): suatu tindakan atau praktik yang sudah berkembang. Artinya, apa yang dilakukan tidak sekedar rutinitas atau mekanisme saja, tetapi sudah dilakukan modifikasi, atau tindakan atau perilaku yang berkualitas.
- d. Persepsi (*perception*)

Mengenal dan memilih berbagai obyek sehubungan dengan tindakan yang akan diambil adalah merupakan praktik tingkat pertama.

- e. Respon terpimpin (*guide response*)

Dapat melakukan sesuatu sesuai dengan urutan yang benar dan sesuai dengan contoh adalah merupakan indikator praktik tingkat kedua.

f. Mekanisme (*mechanisme*)

Apabila seseorang telah dapat melakukan sesuatu dengan benar secara otomatis, atau sesuatu itu sudah merupakan kebiasaan, maka ia sudah mencapai praktik tingkat tiga.

g. Adopsi (*adoption*)

Adaptasi adalah suatu praktik atau tindakan yang sudah berkembang dengan baik. Artinya tindakan itu sudah dimodifikasi tanpa mengurangi kebenaran tindakan tersebut.

Pengukuran perilaku dapat dilakukan secara langsung yakni dengan wawancara terhadap kegiatan yang telah dilakukan beberapa jam, hari atau bulan yang lalu (*recall*) pengukuran juga dapat dilakukan secara langsung, yakni dengan mengobservasi tindakan atau kegiatan responden.

## **2.3 Konsep masyarakat**

### **2.3.1 Definisi**

Masyarakat adalah sekelompok manusia yang mendiami teritorial tertentu dan adanya sifat-sifat yang saling tergantung, adalah pembagian kerja dan kebudayaan bersama (Notoadmojo, 2005).

Menurut Syaikh Taqyudin An-Nabhani, Sekelompok manusia dapat dikatakan sebagai masyarakat apabila memiliki pemikiran, perasaan, serta

system/aturan yang sama. Dengan kesamaan tersebut, manusia kemudian berinteraksi sesama mereka berdasarkan kemaslahatan.

Menurut beberapa ahli sosiologi dunia, masyarakat adalah orang-orang yang hidup bersama & menghasilkan kebudayaan. Sedangkan menurut Paul B Horton & Hunt masyarakat merupakan kumpulan manusia yang relative mandiri hidup bersama-sama dalam waktu yang cukup lama, tinggal disuatu wilayah tertentu, mempunyai kebudayaan sama serta melakukan sebagian besar kegiatan di dalam kelompok/kumpulan manusia tersebut.

### **2.3.2 Ciri-ciri Masyarakat**

Di bawah ini adalah ciri-ciri masyarakat menurut (Effendi, 2003) yaitu:

1. Interaksi sesama anggota masyarakat
2. Menempati wilayah
3. Saling tergantung
4. Memiliki adat istiadat
5. Memiliki identitas

### **2.3.3 Unsur-unsur Masyarakat**

Menurut Seorjono Sokanto, masyarakat setidaknya memuat unsur sebagai berikut:

1. Beranggotakan minimal dua orang
2. Anggotanya sadar sebagai satu kesatuan



3. Berhubungan dalam waktu yang cukup lama yang menghasilkan manusia baru yang saling berkomunikasi dan membuat aturan-aturan hubungan antar anggota masyarakat.
4. Menjadi sistem hidup bersama menimbulkan kebudayaan serta keterkaitan satu sama lain sebagai anggota.

#### **2.3.4 Ciri-ciri Masyarakat Indonesia**

Masyarakat antara satu wilayah dengan yang lain sangat berbeda. Antara masyarakat Indonesia dengan masyarakat Australia mempunyai ciri berbeda. Begitu juga masyarakat Negara lainnya. Dilihat dan struktur sosial dan kebudayaan, masyarakat Indonesia dibagi menjadi 3 kategori dengan ciri-ciri sebagai berikut:

##### **1. Masyarakat Desa**

- a. Hubungan keluarga dan masyarakat sangat kuat.
- b. Hubungan didasarkan pada adat istiadat yang kuat sebagai organisasi sosial.
- c. Percaya terhadap kekuatan-kekuatan gaib.
- d. Tingkat buta huruf tinggi.
- e. Berlaku hukum tidak tertulis yang intinya diketahui dan dipahami oleh setiap orang.
- f. Tidak ada lembaga pendidikan khusus dibidang teknologi dan ketrampilan diwariskan oleh orang tua langsung kepada keturunannya.

- g. Sistem ekonomi sebagai besar ditunjukkan oleh memenuhi kebutuhan keluarga dan sebagian kecil dijual di pasaran untuk memenuhi kebutuhan lainnya. Dan uang berperan sangat terbatas.
- h. Semangat gotong royong dalam bidang sosial ekonomi yang kuat.

## 2. Masyarakat Madya

- a. Hubungan keluarga masih sangat kuat dan hubungan kemasyarakatan mulai kendor.
- b. Adat istiadat masih dihormati dan sikap masyarakat mulai terbuka dari pengaruh luar.
- c. Timbul rasionalisme pada cara berpikir, sehingga kepercayaan terhadap kekuatan gaib mulai berkurang dan akan timbul kembali apabila telah kehabisan akal.
- d. Timbul lembaga pendidikan formal dalam masyarakat terutama pendidikan dasar dan menengah.
- e. Tingkat buta huruf telah mulai menurun.
- f. Hukum tertulis mulai mendampingi hukum tidak tertulis.
- g. Ekonomi masyarakat lebih banyak mengarah kepada produksi pasar, sehingga menimbulkan definisi dalam struktur masyarakat karenanya uang semakin meningkat penggunaannya.
- h. Gotong royong tradisional tinggal untuk keperluan sosial di kalangan keluarga dan tetangga. Dan kegiatan-kegiatan umum lainnya didasarkan upah.

### 3. Masyarakat Modern

Menurut (Effendi, 2003) ciri dari masyarakat modern adalah:

- a. Hubungan antara manusia didasarkan atas kepentingan pribadi.
- b. Hubungan antar masyarakat dilakukan secara terbuka dalam suasana saling pengaruh mempengaruhi.
- c. Kepercayaan manusia yang kuat terhadap ilmu pengetahuan dan teknologi sebagai sarana untuk meningkatkan kesejahteraan masyarakat.
- d. Strata masyarakat digolongkan menurut profesi dan keahlian yang dipelajari dan ditingkatkan dalam lembaga-lembaga ketrampilan dan kejujuran.
- e. Tingkat pendidikan formal lebih tinggi dan merata.
- f. Hukum yang berlaku adalah hukum tertulis dan hukum dan hukuman kompleks.
- g. Ekonomi hampir seluruhnya ekonomi pasar yang didasarkan atas pengguna uang dan alat pembayaran lainnya.

#### 2.3.5 Ciri-ciri Masyarakat Sehat

Menurut Effendi ciri-ciri Masyarakat sehat adalah:

1. Meningkatkan kemampuan masyarakat untuk hidup sehat.
2. Mengatasi masalah kesehatan sederhana melalui upaya peningkatan, pencegahan, penyembuhan penyakit dan pemulihan kesehatan terutama untuk ibu dan anak.

3. Peningkatan upaya kesehatan lingkungan terutama penyediaan sanitasi dasar yang berkembang dan dimanfaatkan oleh masyarakat untuk meningkatkan mutu lingkungan hidup.
4. Peningkatan status gizi masyarakat berkaitan dengan peningkatan status sosial ekonomi masyarakat.
5. Penurunan angka kesakitan dan kematian dan berbagai sebab dan penyakit.

### 2.3.6 Tipe-tipe Masyarakat

Menurut Gilin lembaga masyarakat dapat diklasifikasikan sebagai berikut:

1. Dilihat dari sudut perkembangannya

- a. *Creative institution*

Lembaga masyarakat yang paling primer secara tidak sengaja tumbuh dari adat istiadat masyarakat, misalnya hak milik, perkawinan, agama dan sebagainya.

- b. *Enacted Institution*

Lembaga masyarakat yang sengaja dibentuk untuk bertujuan tertentu, misalnya lembaga utang piutang lembaga perdagangan dan lain-lain.

2. Dilihat dari sudut sistem nilai yang diterima oleh masyarakat

- a. *Basic institution*

Lembaga yang sangat penting untuk melihat dan mempertahankan tata tertib dalam masyarakat misalnya, sekolah-sekolah, keluarga, dan lain-lain.



b. *Subsidiary institution*

Lembaga masyarakat yang muncul tapi dengan kurang penting misalnya, panitia rekreasi, panitia wisuda dan lain-lain.

3. Dilihat dari sudut penerimaan masyarakat

a. *Sosial sanctioned institution*

Lembaga masyarakat yang diterima oleh masyarakat misalnya, sekolah, koperasi dan lain-lain.

b. *Resticied institution*

Lembaga masyarakat yang di anut oleh masyarakat tertentu, misalnya MUI dan lain-lain.

**2.3.7 Kelompok umur pada masyarakat**

Menurut Depkes RI (2009) kelompok umur pada masyarakat dapat diklasifikasikan sebagai berikut:

1. Balita
2. Kanak-kanak 5-11 tahun
3. Remaja awal 12-16 tahun
4. Remaja akhir 17-25 tahun
5. Dewasa awal 26-35 tahun
6. Dewasa akhir 36-45 tahun
7. Lansia awal 46 –55 tahun.
8. Lansia akhir 55-65 tahun.
9. Manula > 65 tahun.



## 2.4 Konsep *Filariasis* (penyakit kaki gajah)

### 2.4.1 Pengertian *Filariasis* (penyakit kaki gajah)

*Filariasis* (penyakit kaki gajah) adalah penyakit menular menahun yang disebabkan oleh cacing filaria dan ditularkan oleh nyamuk *Mansonia*, *Anopheles*, *Culex*, *Armigeres*. Cacing tersebut hidup di saluran dan kelenjar getah bening dengan manifestasi klinik akut berupa demam berulang, peradangan saluran dan saluran kelenjar getah bening. Pada stadium lanjut dapat menimbulkan cacat menetap berupa pembesaran kaki, lengan, payudara dan alat kelamin (Chin J, 2006). Pengertian lain menjelaskan *filariasis* adalah penyakit menular menahun yang disebabkan cacing filaria yang menyerang saluran dan kelenjar getah bening (Depkes RI, 2008).

*Filariasis* (penyakit kaki gajah) adalah penyakit menular menahun yang disebabkan oleh cacing filaria yang menyerang saluran dan kelenjar getah bening. Penyakit ini dapat merusak sistem limfe, menimbulkan pembengkakan pada tangan, kaki, glandula mammae dan scrotum dan menimbulkan cacat seumur hidup (Depkes RI, 2009).

*Filariasis* atau yang lebih dikenal juga dengan penyakit kaki gajah merupakan penyakit menular menahun yang disebabkan oleh infeksi cacing filaria dan ditularkan oleh berbagai jenis nyamuk. Penyakit ini dapat menimbulkan cacat seumur hidup berupa pembesaran tangan, kaki, payudara, dan buah zakar. Cacing filaria hidup di saluran dan kelenjar getah bening.

Infeksi cacing filaria dapat menyebabkan gejala klinis akut dan atau kronik (Depkes RI, 2005).

#### 2.4.2 Epidemiologi *Filariasis*

Penyakit *filariasis* terutama ditemukan di daerah khatulistiwa dan merupakan masalah di daerah daratan rendah. Kadang-kadang dapat juga ditemukan di daerah bukit yang tidak terlalu tinggi. Di Indonesia penyakit ini lebih banyak ditemukan di daerah pedesaan. Di daerah kota hanya *W.brancrofti* yang telah ditemukan, seperti di kota Jakarta, tangerang, Pekalongan dan semarang dan mungkin di beberapa kota lainnya.

Di Idonesia *filariasis* tersebar luas; daerah endemi terdapat di banyak pulau di seluruh Nusantara, seperti disumatra dan sekitarnya, jawa, Kalimantan, Sulawesi, NTT, Maluku, dan Irian jaya. Masih banyak daerah yang belum diselidiki.

Pemberantasan *filariasis* sudah dilakukan oleh Departemen Kesehatan sejak tahun 1970 dengan pemberian DEC dosis rendah jangka panjang (100 mg/minggu selama 40 minggu). Survey prevalensi *filariasis* yang dilakukan oleh Departemen Kesehatan menunjukkan bahwa prevalensi infeksi cukup tinggi bervariasi dari 0,5%-19,46% (P2M & PLP, 1999). Prevalensi infeksi dapat berubah-ubah dari masa ke masa pada umumnya ada tedensi menurun dengan adanya kemajuan dalam pembangunan yang menyebabkan perubahan lingkungan. Untuk dapat memahami epidemiologi *filariasis*, perlu diperhatikan faktor-faktor seperti hospes, hospes reservoir, vector dan keadaan lingkungan

yang sesuai untuk menunjang kelangsungan hidup masing-masing (Depkes RI, 2009).

#### 2.4.3 Etiologi

*Filariasis* disebabkan oleh infeksi cacing filaria yang hidup di saluran dan kelenjar getah bening. Anak cacing yang disebut mikrofilaria, hidup dalam darah. Mikrofilaria ditemukan dalam darah tepi pada malam hari. Filariasis di Indonesia disebabkan oleh tiga spesies cacing filaria yaitu:

1. *Wuchereria bancrofti*
2. *Brugia malayi*
3. *Brugia timori*

(Gandahusada, 1998).

#### 2.4.4 Vektor

Di Indonesia telah teridentifikasi 23 spesies nyamuk dari 5 genus yaitu *Mansonia*, *Anopheles*, *Culex*, *Aedes*, dan *Armigeres* yang menjadi vektor filariasis. Sepuluh spesies nyamuk *Anopheles* diidentifikasi sebagai vektor *Wuchereria bancrofti* tipe pedesaan. *Culex quinquefasciatus* merupakan vektor *Wuchereria bancrofti* tipe perkotaan. Enam spesies *Mansonia* merupakan vektor *Brugia malayi*. Di Indonesia bagian timur, *Mansonia* dan *Anopheles barbirostris* merupakan vektor filariasis yang paling penting. Beberapa spesies *Mansonia* dapat menjadi vektor *Brugia malayi* tipe subperiodik nokturna. Sementara *Anopheles barbirostris* merupakan vektor penting *Brugia malayi* yang terdapat di Nusa Tenggara



Timur dan kepulauan Maluku Selatan.

Perlu kiranya mengetahui bionomik (tata hidup) vektor yang mencakup tempat berkembangbiak, perilaku menggigit, dan tempat istirahat untuk dapat melaksanakan pemberantasan vektor *filariasis*. Tempat perindukan nyamuk berbeda- beda tergantung jenisnya. Umumnya nyamuk beristirahat di tempat-tempat teduh, seperti semak-semak sekitar tempat perindukan dan di dalam rumah pada tempat- tempat yang gelap. Sifat nyamuk dalam memilih jenis mangsanya berbeda-beda, ada yang hanya suka darah manusia (antrofilik), darah hewan (zoofilik), dan darah keduanya (zooantrofilik). Terdapat perbedaan waktu dalam mencari mangsanya, ada yang di dalam rumah (endofagik) dan ada yang di luar rumah (eksofagik). Perilaku nyamuk tersebut berpengaruh terhadap distribusi kasus filariasis. Setiap daerah mempunyai spesies nyamuk yang berbeda-beda (Depkes RI, 2005).

#### 2.4.5 Hospes

##### 1. Manusia

Setiap orang mempunyai peluang yang sama untuk dapat tertular filariasis apabila digigit oleh nyamuk infeksi (mengandung larva stadium III). Manusia yang mengandung parasit selalu dapat menjadi sumber infeksi bagi orang lain yang rentan (*suseptibel*). Biasanya pendatang baru ke daerah endemis (transmigran) lebih rentan terhadap infeksi filariasis dan lebih menderita dari pada penduduk asli. Pada

umumnya laki-laki banyak terkena infeksi karena lebih banyak kesempatan untuk mendapat infeksi (*exposure*). Gejala penyakit lebih nyata pada laki-laki karena pekerjaan fisik yang lebih berat (Gandahusada, 1998).

## 2. Hewan

Beberapa jenis hewan dapat berperan sebagai sumber penularan filariasis (hewan reservoir). Hanya *Brugia malayi* tipe sub periodik nokturna dan non periodik yang ditemukan pada lutung (*Presbytis criatatus*), kera (*Macaca fascicularis*), dan kucing (*Felis catus*) (Depkes RI, 2005)

### 2.4.6 Lingkungan

#### 1. Lingkungan Fisik

Lingkungan fisik mencakup keadaan iklim, keadaan geografis, stuktur geologi dan sebagainya. Lingkungan fisik erat kaitannya dengan kehidupan vektor sehingga berpengaruh terhadap munculnya sumber-sumber penularan filariasis. Lingkungan fisik dapat menciptakan tempat perindukan dan beristirahatnya nyamuk. Suhu dan kelembaban berpengaruh terhadap pertumbuhan, masa hidup, dan keberadaan nyamuk. Lingkungan dengan tumbuhan air di rawa-rawa dan adanya hewan reservoir (kera, lutung, dan kucing) berpengaruh terhadap penyebaran *Brugia malayi* sub periodik nokturna dan non periodik.





## 2. Lingkungan Biologi

Lingkungan biologi dapat menjadi rantai penularan filariasis. Misalnya, adanya tanaman air sebagai tempat pertumbuhan nyamuk *Mansonia sp.* Daerah endemis *Brugia malayi* adalah daerah dengan hutan rawa, sepanjang sungai atau badan air yang ditumbuhi tanaman air.

## 3. Lingkungan Sosial, Ekonomi dan Budaya

Lingkungan sosial, ekonomi, dan budaya adalah lingkungan yang timbul sebagai akibat adanya interaksi antara manusia, termasuk perilaku, adat istiadat, budaya, kebiasaan, dan perilaku penduduk. Kebiasaan bekerja di kebun pada malam hari, keluar pada malam hari, dan kebiasaan tidur berkaitan dengan intensitas kontak vektor. Insiden filariasis pada laki-laki lebih tinggi daripada perempuan karena umumnya laki-laki sering kontak dengan vektor pada saat bekerja (Depkes RI, 2005).

### 2.4.7 Cara Penularan

Pada saat nyamuk menghisap darah manusia/hewan yang mengandung mikrofilaria, mikrofilaria akan terbawa masuk ke dalam lambung nyamuk dan melepaskan selubungnya kemudian menembus dinding lambung nyamuk bergerak menuju otot atau jaringan lemak di bagian dada. Mikrofilaria akan mengalami perubahan bentuk menjadi larva stadium I (L1), bentuknya seperti sosis berukuran  $125-250\mu\text{m} \times 10-17\mu\text{m}$  dengan ekor runcing seperti cambuk setelah 3 hari. Larva tumbuh menjadi larva stadium II (L2) disebut larva preinfektif yang

berukuran 200- 300 $\mu$ m x 15-30 $\mu$ m dengan ekor tumpul atau memendek setelah 6 hari. Pada stadium II larva menunjukkan adanya gerakan. Kemudian larva tumbuh menjadi larva stadium III (L3) yang berukuran 1400 $\mu$ m x 20 $\mu$ m. Larva stadium L3 tampak panjang dan ramping disertai dengan gerakan yang aktif setelah 8-10 hari pada spesies *Brugia* dan

10-14 hari pada spesies *Wuchereria*. Larva stadium III (L3) disebut sebagai larva infeksi.

Apabila seseorang mendapat gigitan nyamuk infeksi maka orang tersebut berisiko tertular filariasis. Pada saat nyamuk infeksi menggigit manusia, maka larva L3 akan keluar dari probosisnya dan tinggal di kulit sekitar lubang gigitan nyamuk kemudian menuju sistem limfe. Larva L3 *Brugia malayi* dan *Brugia timori* akan menjadi cacing dewasa dalam kurun waktu 3,5 bulan, sedangkan *Wuchereria bancrofti* memerlukan waktu lebih 9 bulan (Depkes RI, 2005).

#### 2.4.8 Pola Penyebaran

*Filariasis* di Indonesia disebabkan oleh tiga spesies cacing filaria yaitu *Wuchereria bancrofti*, *Brugia malayi*, dan *Brugia timori*. *Wuchereria bancrofti* ditemukan di daerah perkotaan seperti Jakarta, Bekasi, Tangerang, Semarang, dan Pekalongan. *Wuchereria bancrofti* bersifat periodik nokturna, artinya mikrofilaria banyak terdapat dalam darah tepi pada malam hari. *Wuchereria bancrofti* tipe perkotaan ditularkan oleh nyamuk *Culex quinquefasciatus* yang berkembangbiak di air limbah rumah tangga, sedangkan *Wuchereria bancrofti* tipe

pedesaan ditularkan oleh nyamuk dengan berbagai spesies antara lain *Anopheles*, *Culex*, dan *Aedes*. *Brugia malayi* tersebar di Sumatera, Kalimantan, Sulawesi, dan beberapa pulau di Maluku. *Brugia malayi* tipe periodik nokturna, mikrofilaria ditemukan dalam darah tepi pada malam hari. Nyamuk penularnya adalah *Anopheles barbirostris* pada daerah persawahan. *Brugia malayi* tipe subperiodik nokturna, mikrofilaria ditemukan lebih banyak pada siang hari dalam darah tepi. Nyamuk penularnya adalah *Mansonia sp* pada daerah rawa.

*Brugia timori* tersebar di kepulauan Flores, Alor, Rote, Timor, dan Sumba. *Brugia timorii* tipe non periodik, mikrofilaria ditemukan dalam darah tepi pada malam maupun siang hari. Nyamuk penularnya adalah *Mansonia uniformis* yang ditemukan di hutan rimba. *Brugia timori* tipe periodik nokturna, mikrofilaria ditemukan dalam darah tepi pada malam hari. Nyamuk penularnya adalah *Anopheles barbostis* di daerah persawahan di Nusa Tenggara Timur dan Maluku Tenggara (Gandahusada, 1998).

#### 2.4.9 Gejala

Gejala-gejala yang terdapat pada penderita *Filariasis* meliputi gejala awal (akut) dan gejala lanjut (kronik). Gejala awal (akut) ditandai dengan demam berulang 1-2 kali atau lebih setiap bulan selama 3-4 hari apabila bekerja berat, timbul benjolan yang terasa panas dan nyeri pada lipat paha atau ketiak tanpa adanya luka di badan, dan teraba adanya tali urat seperti tali yang bewarna merah dan sakit mulai dari pangkal paha atau ketiak dan berjalan kearah ujung kaki atau tangan. Gejala lanjut (kronis)



ditandai dengan pembesaran pada kaki, tangan, kantong buah zakar, payudara dan alat kelamin wanita sehingga menimbulkan cacat yang menetap (Depkes RI, 2005).

#### 2.4.10 Tindakan Pencegahan dan Pemberantasan *Filariasis*

Menurut Depkes RI (2005), tindakan pencegahan dan pemberantasan filariasis yang dapat dilakukan adalah:

1. Melaporkan ke Puskesmas bila menemukan warga desa dengan pembesaran kaki, tangan, kantong buah zakar, atau payudara.
2. Ikut serta dalam pemeriksaan darah jari yang dilakukan pada malam hari oleh petugas kesehatan.
3. Minum obat anti filariasis yang diberikan oleh petugas kesehatan.
4. Menjaga kebersihan rumah dan lingkungan agar bebas dari nyamuk penular.
5. Menjaga diri dari gigitan nyamuk misalnya dengan menggunakan kelambu pada saat tidur.

#### 2.4.11 Kebijakan Program dan Strategi Pemberantasan *Filariasis*

Menyusul kesepakatan global pada tahun 1997, WHA yang menetapkan filariasis sebagai masalah kesehatan masyarakat dan diperkuat dengan keputusan WHO pada tahun 2000 untuk mengeliminasi *fiariasis* pada tahun 2020, Indonesia sepakat untuk melakukan program eliminasi *filariasis* yang dimulai pada tahun 2002.

Berdasarkan surat edaran Menteri Kesehatan nomor 612/MENKES/VI/2004 maka kepada Gubernur dan Bupati/Walikota di seluruh Indonesia melaksanakan pemetaan eliminasi filariasis gobal,



pengobatan massal daerah endemis *filariasis*, dan tata laksana penderita *filariasis* di semua daerah. Program pelaksanaan kasus *filariasis* ditetapkan sebagai salah satu wewenang wajib pemerintah daerah sesuai dengan Keputusan Menteri Kesehatan RI nomor: 1457/MENKES/SK/X/2003 tentang standar pelayanan minimal bidang kesehatan di Kabupaten/Kota.

Kebijakan yang ditetapkan dalam program pemberantasan *filariasis* adalah:

1. Eliminasi *filariasis* merupakan salah satu prioritas nasional dalam program pemberantasan penyakit menular.
2. Melaksanakan eliminasi *filariasis* di Indonesia dengan menerapkan program eliminasi *filariasis* limfatik global dari WHO yaitu memutuskan rantai penularan *filariasis* dan mencegah serta membatasi kecacatan.
3. Satuan lokasi pelaksanaan (*implementation unit*) eliminasi *filariasis* adalah Kabupaten/Kota
4. Mencegah penyebaran *filariasis* antar kabupaten, provinsi dan negara.

Strategi yang dilakukan dalam mendukung kebijakan dalam program pemberantasan *filariasis* adalah:

1. Memutuskan rantai penularan *filariasis* melalui pengobatan massal di daerah endemis *filariasis*.
2. Mencegah dan membatasi kecacatan melalui penatalaksanaan kasus klinis *filariasis*.
3. Pengendalian vektor secara terpadu.
4. Memperkuat kerjasama lintas batas daerah dan negara.
5. Memperkuat survailans dan mengembangkan penelitian.

#### 2.4.12 Pengobatan *Filariasis*

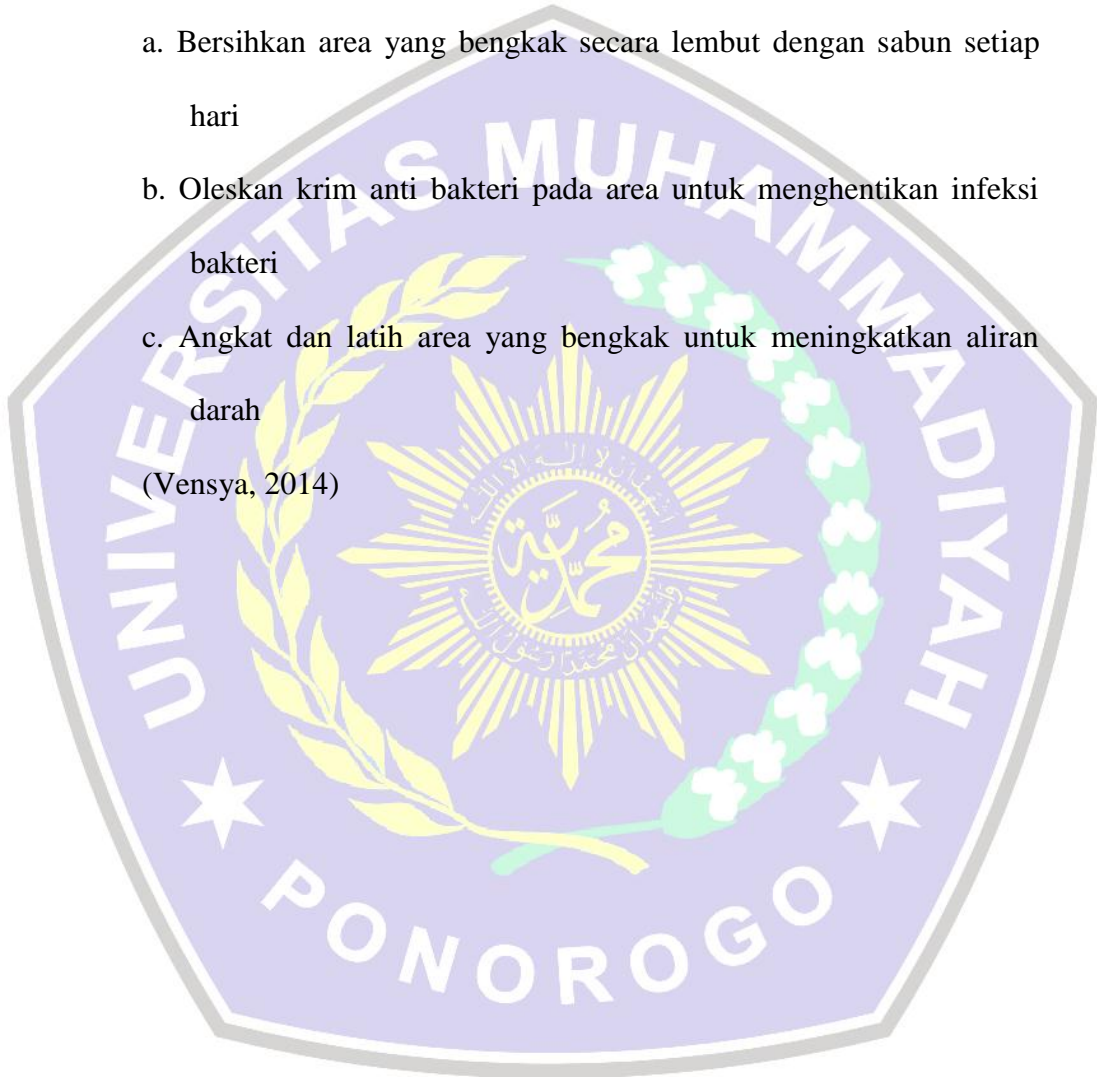
Penyakit filariasis menimbulkan kesengsaraan kepada masyarakat, maka Kementerian Kesehatan sangat peduli kepada masyarakat yang menderita penyakit kaki gajah. Kementerian Kesehatan juga berupaya mencegah supaya masyarakat tidak terkena penyakit filariasis.

1. Penderita bisa merujuk ke puskesmas terdekat untuk mendapatkan obat Dietilkarbamazin sitrat (DEC) secara gratis.
  - a. Pada keadaan ringan, yakni sebatas bengkak-bengkak ringan sebaiknya penderita tidak mengobati sendiri karena cacing akan mati dan pulih seperti sedia kala.
  - b. Pembengkakan sudah besar sekali tidak bisa diobati lagi, tidak bisa dipulihkan maka sebaiknya melakukan pencegahan supaya jangan sampai cacing dan anak cacing yang sudah ada di tubuh penderita terus berkembang.
2. Mengikuti program Pemberian Obat Pencegahan Massal Filariasis (POPM) dengan minum DEC dan albendazole satu tahun sekali selama 5 tahun
3. Himbauan tidak mengobati diri sendiri, tetap datang ke puskesmas atau RS untuk mendapatkan penanganan yang tepat.
4. Pencegahan meluasnya penyakit kaki gajah dengan dua langkah.
  - a. Pertama, dengan mencegah gigitan nyamuk dan menjaga kebersihan
  - b. Kedua, melakukan pengecekan kesehatan dan menjalankan

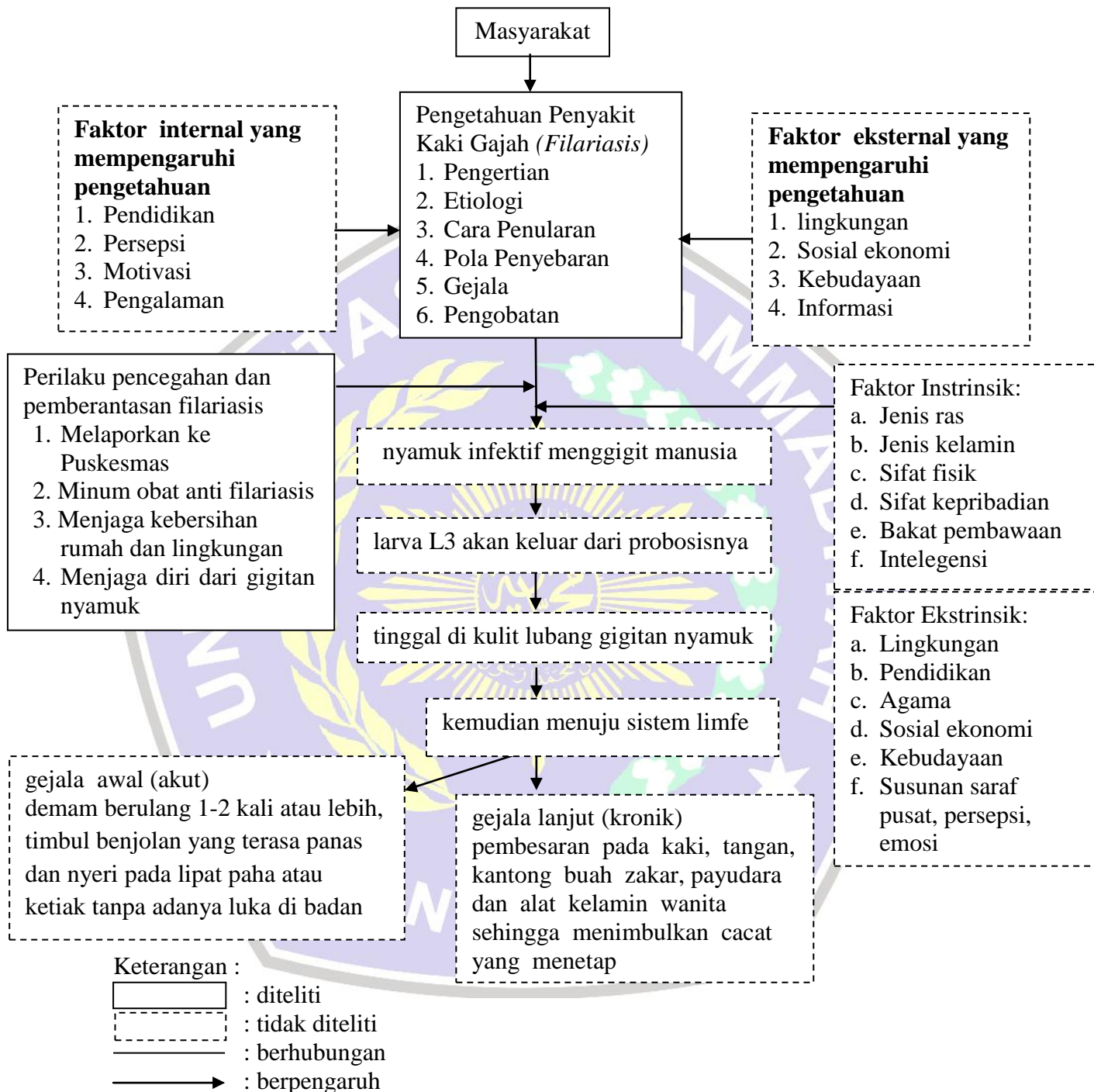
pengobatan bila positif terkena penyakit kaki gajah.

5. Minum obat itu lebih baik di depan petugas, supaya petugas yakin obatnya benar diminum tidak hanya dibagikan kemudian segera di bawa pulang tapi di rumah tidak di minum
6. Mencegah memburuknya kondisi:
  - a. Bersihkan area yang bengkak secara lembut dengan sabun setiap hari
  - b. Oleskan krim anti bakteri pada area untuk menghentikan infeksi bakteri
  - c. Angkat dan latih area yang bengkak untuk meningkatkan aliran darah

(Vensya, 2014)



## 2.5 Kerangka Teori



Gambar 2.1 Kerangka Teori Hubungan Pengetahuan Dengan Perilaku Masyarakat Tentang Pencegahan Penyakit Kaki Gajah (*Filariasis*) di RT 02, RW 02, Dusun Krajan, Desa Caluk, Kecamatan Slahung, Kabupaten Ponorogo.